

ケースマネージメントの理論と方法

前 田 崇 博

序

1. ケースマネージメント登場の社会的背景
2. ケースマネージメントの諸理論
3. ケースマネージメントの実践モデル
4. 実践モデルにおける問題点
5. ケースマネージメントに関する試論的見解

結 語

序

現在、社会福祉の領域においては学界・現場を問わず、「ケースマネージメント」という方法論が注目されている。しかしながら、未だに明確な定義付けのある理論が存在せず、諸理論が氾濫している状況にある。また、それに関する研究者の理論が、実際には現場実践にそぐわないために「机上の空論」扱われている場合も多い。

そこで、この研究論文では、ケースマネージメントについての現時点での代表的な理論を幾つか紹介した上で、ケースマネージメント担当のケースワーカーとしての筆者の現場経験を鑑み、現場で活かせる理論や方法を考察してみる。

1. ケースマネージメント登場の社会的背景

ケースマネージメントの必要性が強調されるようになった最大の社会的要因

は、高齢化の進展である。この高齢化の進展により、高齢者や家族のニーズが複雑・多様化し、それに対応するサービスの内容や供給システムなどについては、現行制度を根底から見直さざるを得ない状況となった。

この高齢者福祉の領域におけるサービス体系の見直しの中で、在宅ケア・サービスが注目を浴びた。安上り政策を模索する政府側が推進したのに加え、在宅生活を志向する国民側にもスムーズに受けられたために急速に発展した。そして、サービス供給システムは、民間からの参入もあって多元化し、またサービス・メニューも多様化した。しかしながら、在宅で生活している高齢者の場合は入所施設における処遇と違い、ニーズを評価し、それを実際にサービスに結び付ける役割を果たす機関や担当者が不明確である。そのために、ある程度のサービス・メニューやサービス総量が用意されていても、ニーズに沿った形で供給されていない場合が多い。

つまり、ケースマネージメントは、在宅高齢者に対して施設入所の場合と同様に、もしくは遜色のないようにサービスを供給するために、注目されだした理論と方法なのである。定義については、各研究者によって様々であり、明確な完成品が存在している訳でもないが、ケースマネージメントの必要性からその概念整理は各国で盛んに行なわれている。そこで、次に概説的内容ながら現時点での代表的な理論をいくつか紹介する。

2. ケースマネージメントの諸理論

ケースマネージメントという用語の起源については、イギリスではなくアメリカとする意見が主流である。その背景には、一九七〇年代の後半に北米地域において使われ始めたとする意見を根拠としている。それは、全米ソーシャルワーカー協会主催の「ソーシャルワークの概念枠組み」に関する会議での、R. モリスの指摘を原点として捉えているのである。その指摘とは「ソーシャルワークの関心は、ケアからケアに移行しつつあり、その出発点を示すのがケースマネージメントの概念である。」¹⁾ というものである。これを契機にケースマネージメントの実践が、「メディケアやメディケイドの財源削減のた

めの連邦政府の試験的な補助プログラム」²⁾ではあるが、急速に展開されるようになったのである。その後、アメリカにおいて様々な理論が発表されたが、概説レベルで代表的なものは次の三つである。

まず、P. ジョンソンは、「ケースマネージメント・アプローチの基本原則は、一人のワーカーであるケース・マネージャーが、クライアントと複雑なサービス供給システムを結び付け、クライアントが適切なサービスを受けられるように確保する責任を持つこと」³⁾と定義付けている。

次に、R. バーカーは、「クライアントのために、すべての援助活動を連絡・調整する、つまりコーディネートする手続き」⁴⁾と定義付けている。

一方、前述した R. モリスの定義は「ケースマネージメントの概念は、特定のリスクを抱えた人々のために用意される直接サービスの実践の最良の理念と、コミュニティに対する実践の最良の理念を併せ持っている。」⁵⁾とし、さらに「ソーシャルワーク実践のほとんどのモデルは、ケースワーク、グループワーク、コミュニティ・オーガニゼーションといった伝統的な介入方法のうち一つしか基礎に置いていない。そこで、ケースマネージメントは、ソーシャルワーク実践の三つの伝統的な方法の持つ様々な位相を統合しているのである。」⁶⁾としている。そして、ケースマネージメントを実践モデルとして活用するためには、「ソーシャルワーク実践の対人的なレベルから対組織的なレベルに亘る実質的なコミットメントが必要である。」⁷⁾としている。

一方、対人福祉サービスの先進国であるイギリスでは、用語としては存在していなかったとは言え、元来ケースワーク等の領域においてはケースマネージメント的なアプローチをしてきたとも言える。しかし、このイギリスでも他の国々同様に、昨今の供給システム多元化等の流れの中で、在宅ケア・サービス領域において様々な問題が生じ、伝統的な介入方法だけでは対処しきれなくなってきた。特に「ニーズとサービスの不適合」や「サービスの未調整・分断」等が指摘されだし、改めてケースマネージメントに注目するようになってきたのである。そして、ついには一九八〇年代後半になって、政府報告の形でケースマネージメントが強調され始めた。

まず、一九八八年に発表された『グリフィス報告』では「資源が相当な水準

まで動員されている場合には、評価及び再評価の機能を監督し、その結果生じる活動を管理する《ケースマネージャー》が社会サービス局の職員の中から任命されるべきである。』⁸⁾ として述べられている。これを受けた形で、翌年には政府白書『国民のためのケア今後十年間のコミュニティ・ケア』が発表された。この中で、ケースマネージメントを「クライアント個人の特定のニーズを充足するために、資源の達成を示し、サービスの計画案の効果的方法になる。』⁹⁾ としている。また、ケースマネージメントについては、「人々のケア・ニーズは、時間とともに変化するために、監視・観察（モニター）の必要がある。個人のニーズが複雑であったり、あるいは諸資源が相当の水準まで関与しているような場合、個人のニーズを定期的に見直し、資源を効果的に運用管理し、サービスの利用者各人が単一の接点を持つことができるような責任を果たすべき者である。』¹⁰⁾ と定義している。

このように、イギリスでは試行錯誤の段階ではあるが、政府が積極的にケースマネージメントを推進する方向にある。

概説レベルとしては、以上のものが代表的であるが、これらを即実践に対応させるには、内容があまりにも漠然としている。そこで、次に実践のレベルでも対応できる理論をいくつか挙げてみる。

3. ケースマネージメントの実践モデル

ケースマネージメントの実践モデルの定義として代表的なものは、我が国では前田大作氏、白沢政和氏の研究が挙げられる。また海外では、イギリスの政府白書にも引用されたケント大学の研究がある。これら三つの理論を簡潔に述べる。

最初に前田大作氏の理論であるが、これはケースマネージメントの過程を六つの局面で構成している。(1)ケース発見とスクリーニング→(2)ニーズの総合アセスメント→(3)ケア計画の立案→(4)計画の実施→(5)モニタリング→(6)再アセスメントである。

特に、この理論の特徴としては、ケースマネージメントを担当するのは必ず

しも一人のワーカーでないという前提に立っていることでもある。つまり、[複数ケースマネージャー方式] 的なものを志向している。というのは、専門分化・多様化した各種のサービスを、ある特定の分野のワーカー単独で把握するのには限界があるとして、「複数の分野にわたる複雑なニーズをもっていると推量される高齢者については、それぞれの専門分野の専門職による総合的なアセスメントを行なう必要がある」¹¹⁾ からである。また、ケースマネジメントは、現場では一つの地域の中でも複数の機関によって、しかも場合によっては重層的に行なわれることが多い。また、各機関の各ケースマネージャーが重層的に関与することがあるということも理由の一つである。

次に、白沢政和氏の理論を挙げる。この定義によれば、ケースマネジメントは五つの過程を経て展開される。①ケース発見→②アセスメント→③ケース目標の設定とサービス計画→④計画の実施→⑤クライアント及びプログラム状況についての再考と評価である。

この理論の特徴は、[単一門番方式] (Single Gatekeeping Approach) である。つまり、ケースマネジメントは「クライアントがケースマネージャーあるいはケースマネジメント機関という単一の窓口から生活問題の解決に必要なあらゆるサービス供給の便宜を受けることができるためのもの。」¹²⁾ と定義しており、ケースマネジメントをジェネリックなものとして捉えている。

一方、イギリスにおいては、政府も積極的にケースマネジメント導入に動いているが、その政府が実践モデルとして絶大な信頼を寄せているのが、ケント大学の研究である。ケント大学は、社会サービス部の要請により運営委員会を組織し、その研究成果は政府白書にも度々登場している。

ケント方式の基本は、「不必要な施設入所をできるだけ避け、個人の福祉をできるだけ高めることを目標としながらも、具体的にはその責任の所在をケースマネージャーに集中していることである。」¹³⁾ そして、ケースマネジメントは、①ケース発見とスクリーニング→②アセスメント→③ケアの計画の策定とサービスの手配→④モニタリングと再点検→⑤終結、という五つの局面で展開されると定義している。

ケント方式の特徴は、具体的な数字を提示し、現場実践における本格的なマ

ニユアルを作成しようとしている点である。

その第一は、ケースマネージャーを上級ケースワーカーと同等の扱いをすることを提唱し、一人当たりの担当ケース数を25～30人と限定している。この程度の数ならば一貫した継続的関与が可能であるだろうというのが根拠である。

第二に、「入所施設の経費の三分の二に相当する金額を、ケースマネージャーがクライアント個々人のケアに支出する裁量権を有する。」¹⁴⁾と裁量権の拡大の必要性を指摘している。筆者も現場実践を通して痛切に感じていることであるが、ある程度の裁量権の保持は、即応性や柔軟性を必要とするケースマネジメントの絶対条件なのである。

また、この他にもスーパーバイザーによるケースマネジメントの成果の評価の必要性等も指摘しており、実践モデルとしては最も研究が進んでいる。

このように実践モデルとしても理論は様々であるが、共通した一定の基本原則がない訳ではない。これについては、実際のケースマネージャーでもある福富昌城氏が類別化を試みている。

それによると、ケースマネジメント・プロセスに沿ったある程度の共通局面として「(1)ケースマネジメントの援助プロセスの開始期にあたって必要であるケースの発見やスクリーニング、アセスメント、(2)援助計画の立案期にあたって必要とされる目標設定やプランニング、(3)実際のサービスが提供される段階におけるプランの実施（クライアントと資源のリンキング、仲介）、(4)プラン実施後の段階におけるモニタリング（ケース・プランの評価、再アセスメントやケース・プランの変更も含む）、(5)ケースの終結と終結後のフォローアップ」¹⁵⁾の五つに類別できるとしている。つまり、明確な定義はないにせよ、理論上もしくは現場実践を通して、ケースマネジメントという援助過程のフレームワークはある程度形成されてきつつある。

4. 実践モデルにおける問題点

そこで、以上のような様々な定義を基にして、また筆者の現場での経験も鑑みながら、ケースマネジメントの問題点について考察してみる。

まず第一に問題となるのは、ケースマネージメントを誰が担うかということである。前述したように、前田大作氏は、一人の高齢者を複数のケースマネージメント機関が対象とすることもあるとして「複数ケースマネージャー方式」いうべきものを想定している。また、共同責任制をとる場合は、主導的立場をとる者を明確にしておくべきだとも付言しているものの、ケースマネージャーは、保健婦でも社会福祉協議会のコーディネーターでもよいとしている。一方、ケント方式では、ケースマネージメント担当の有資格者を公的なソーシャルワーカーに限定している。

筆者の現場の経験から述べれば、ケースマネージメントは臨床業務が主体の保健婦等が兼任できるものではないと実感しており、その意味ではケースマネージャーという専門職が必要であると考えている。それに加え、「公的」にこだわるべきかどうかとも疑問に思っている。我が国の現場にケント方式を当てはめれば、ケースマネージャーは、福祉担当部署や福祉事務所のソーシャルワーカーになる。この場合は確かに、絶対的な裁量権を有することができるために、ある程度柔軟性のあるケースマネージメントを遂行できるし、また供給システム内の主導権の奪い合いという問題もクリアーできる。しかし、実際にサービスを供給している施設のワーカーのように、逐一変化するクライアント並びに家族のニーズを把握しきれるかどうか、また公的以外のサービスの利用及び内容変更に際して機動力が発揮できるかという疑問が残る。

また、前田大作氏の「複数ケースマネージャー方式」に対して、白沢政和氏は「単一門番制」とであると上記した。この単一門番制とは、機関・施設間での「たらい回し」により、サービス利用を諦めさすことを防止するために、地域の門番的な機関においてケースマネージメントを遂行すべきであるというものである。実際に、クライアントに対する責任所在が不明確であれば、ネットワーク間の「たらい回し」もよく起こる。そのため、筆者もこの意見には大方賛成であるが、サービス・プランの単調化という弊害も予想されるし、また、そのケースマネージャーが所属している機関や施設の意向に沿ってケース・プランが策定される危険性もある。この問題は、本質的には、個別援助技術領域におけるジェネリックとスペシフィックの問題とも関連している。ケースマ

ネージメント自体は、一般にジェネリック的なものと受け取られているが、実際の現場では、派生・拡大した生活問題に対応するために、スペシフィック的な要因も必要な場合もある。つまり、ケースマネジメントは地域ベースに展開されるために、各地域の特性に依拠している供給システムによって違い、どちらがよりベターなのか軽々に結論を見出しえるものではないと考えている。

第二に、ケースマネジメントのプロセスにおける「終結」の意味にこだわりたい。ケント方式をはじめ幾つかの理論においては、「終結」という言葉が使われている。終結の局面を設定するというのは、短期処遇を前提にしているとも言えるのである。ケースワークの領域では、元来診断主義的ケースワークが、パーソナリティの変容を目標に比較的長期の処遇を目標として、終結の局面を重要視しなかった。その診断主義への批判並びに担当ケース数の増加に対処するために、機能主義的ケースワークは短期処遇を多く用い、そのため終結の局面を重視している。ケースマネジメントは、ある意味ではその機能主義的ケースワークをモチーフとしているために、この「終結」という言葉が使われるのであろう。

そして、ケースマネジメントにおけるこの終結の時期としては、サービス供給が軌道に乗った時点やクライアントが在宅で生活しなくなった時点を想定している。つまり、ケースマネージャーの業務を在宅生活でのニーズ評価とサービスとのリンケージ、もしくはケース・プラン策定と限定的に捉えているとも言える。確かに、モニタリングや再アセスメントといったフォローアップ段階の重要性は述べているものの、次の局面への展開の必要性がある場合だけのことが多く、定期的、体系的なフォローアップは重要視されていない印象を受ける。これでは、以前からあった機関や施設の内部におけるケースワークと差異がないようにも思える。

個人的には、このフォローアップ段階こそが、ケースマネジメントの固有性、独自性を発揮できると考えている。高齢者のニーズは、多様でかつ複雑な場合が多く、常に変化する可能性が高い。そのために、サービス内容も柔軟に対応する必要がある。また、在宅ケア・サービスは部分的対応しか果たしていない場合がほとんどであり、実質的にケアを担っているのは家族である。そこ

では、ファミリー・ソーシャルワーク的な介入方法も求められるのである。つまり、家族に対しても援助の手を差し伸べるためにも、アフターケア的なフォローアップ段階が重要なのである。

また、クライアントが在宅生活をしなくなっても、援助過程を終結してはならないと考えている。その在宅生活の終結は、施設への入所や病院への入院が大半の理由であると思われる。最近では、中間施設を通過施設的な意味を持つ「ハーフ・ウェイ施設」のように利用する場合も多いし、また軽度の疾病の場合も再び帰宅することが多い。その時のために準備が必要である。また、社会的入院の場合は、ある意味ではケースマネジメントの失敗とも言えるので、そのクライアントが帰宅するかどうかにかかわらず、ケース・プランやケース・パッケージの再考が必要となる。

いずれにせよ、ケースマネジメントは、クライアントの遠隔地への永住的移転や死亡以外には終結しないと考えている。また、入所・入院の場合でも、在宅生活復帰可能性のいかににかかわらず、ケースマネジメントは継続されるべきであるとも考えている。

前述したように、ケースマネジメントは元来機能主義的のケースワークをモチーフとする傾向が強いために終結の局面を重視し、短期処遇の展開を想定する研究者が多い。しかし、個人的には長期処遇が的確ではないかと考えている。クライアントに加え、家族も含めた長期的な援助の継続性がケースマネジメントの最も重要な固有性の一つではないであろうか。

また、少し別の側面からケースマネジメントを分析してみると、次のような解釈もできる。

前述の福富昌城氏によれば「ケースマネジメントは理論的には、クライアントの環境的側面を諸資源を動員することで変容し、クライアントの生活上の困難の改善を図るものと考えられている。」¹⁶⁾ としている。つまり、クライアントを取り巻く環境にもアプローチするのである。このように捉えると、「伝統的ケースワークが持っていた間接療法の技術や環境変容の考え方を拡大したものとも考える」¹⁷⁾ とも言えるのである。

環境をマクロ、エグゾ、メゾ、ミクロという連続した概念で捉えてみる。マ

クロとは、クライアントを取り巻く社会的なレベルとし、エグゾをクライアントに直接影響を与える政策、制度レベルとする。そして、メゾとは、クライアントと地域社会の社会資源との関係性のレベルとし、ミクロはクライアントの第一次的な関係性、つまり日常生活レベルとする。

こうした環境の概念を通してみると、「従来の伝統的ケースワーク・モデルが、ミクロの環境を理論の中心に捉えていた。」¹⁸⁾ それに対して、「ケースマネジメントにおいては、理論の中核はメゾ領域に向けられている」¹⁹⁾ そして、「ケースマネジメントは、メゾ領域を中心にしながらも、扱う問題はミクロからエグゾの領域までを視野に入れたモデルである。」²⁰⁾ とも言えるのである。

つまり、ケースマネジメントは、伝統的ケースワークよりも対応する領域は広く、そのため実際に問題を扱う際には、伝統的ケースワークの技術のみでは不十分な場合が多い。特に、メゾ領域からエグゾ領域にかけてのアプローチには、コミュニティワーク的な援助技術を必要とする場合が多い。例えば、ケース・プランニング段階においてケア・パッケージを作成する場合には、地域社会自体にアプローチしなければならない。

また、コミュニティ・ケア関連領域で捉えれば、ケースマネジメントの目的の一つは、クライアントを取り巻く「社会的支援ネットワーク」を構築することであるともいえる。新規のサービス開発がほとんど望めない状況の中では、ネットワークを構築することで、地域社会における既存の社会資源の有効的連携を計るのが最善の策ともいえる。しかし、その社会的支援ネットワークを実際に構築する者なり、機関なりの特定が不明確である。個人的には、その役割はケースマネージャーが担うべきであると考え。ケースマネージャーは、本来自身の所属している機関・施設以外の地域社会の社会資源についても熟知しているはずである。それに加え、ニーズ評価等でクライアントのニーズを把握しているし、クライアントやその家族とも継続的な援助関係を結んでいる。そのため、各種コーディネート機能などを駆使すれば、ある程度高次のネットワークも作れるし、またモニタリング等フォローアップ機能も有しているために番人的な存在にもなれる。このように、社会的支援ネットワークを構築する

のには、ケースマネージャーが最適任であると考えている。換言すれば、ケースマネージャーが所属する機関や施設のサービスだけではニーズ充足は不十分な場合も多い。そのため、社会的支援ネットワークを構築すれば、ケースマネジメントは、より効果を発揮するのではないであろうか。そのために、ケースマネジメントの過程の一つに「社会的ネットワーク構築」を個人的には含めたい。

5. ケースマネジメントに関する試論的見解

このように、ケースマネジメントについて様々な角度から考察してみた。また、これらの理論が実際に現場で活かせるかどうかを検討しながら、職務を遂行してきた。

そこで最後に、甚だ不十分ではあるが、自分の現場での実践経験を通して、ケースマネジメントの理論と方法についての見解を述べることにする。

個人的には、五段階の援助過程からなる社会福祉方法論として捉えている。

まず、第一段階は、ケース発見とスクリーニング。我が国においては、申請主義を採っている関係上、この二つに関しては行政が担っている場合がほとんどである。故に、民間施設におけるケースマネージャーには直接関係がないかもしれない。そのため、このケース発見については、申請主義をよいことに、ニーズを持っても申請してこない者は、実際には発見されないまま放置されていることが多い。高齢者のいる全世帯を調査することは無理としても、少なくとも「要援助予備軍」である独居世帯や高齢者夫婦世帯は事前に全世帯を調査しておくべきである。

そして、次にスクリーニングであるが、この際、慎重な審査が必要である。本当にケースマネジメントが必要な者なのかどうかを見極めなければならない。実質的には、この段階でケースマネジメントの対象者を選定するのである。

ここまでの段階を行政が担い、その後を実際にサービスを供給している施設のケースマネージャーに委託させることが多い。

第二段階は、総合アセスメントである。ADL の状態や痴呆症状の程度など、クライアントの身体的・精神的状況の評価をする。また、経済状況、家族関係、社会関係等も評価する必要がある。そして、現段階での介護体制を推測し、最終的にニーズを判定する。

第三段階は、ケース目標の設定とケア計画の策定である。ニーズ判定に基づいて、ケア・パッケージの青写真を作るのである。しかし、ケースマネージャー所属の機関や施設だけでは不十分な場合は、他の機関・施設に送致したり、または有機的連携をとれるようにコーディネートしなければならない。

その際、クライアントを取り巻く社会的支援ネットワークを構築するのもケア計画の重要な項目の一つである。

第四段階は、計画の実施である。実際にサービスが供給される訳であるが、ケースマネージャーは、サービス供給機関・施設と常に関係を持ち続けなければならない。特に、社会的支援ネットワークを利用する場合は、サービス供給が重層的に行なわれるので、継続的にケースマネジメントしなければならない。

第五段階は、フォローアップである。特に重要な要因は、モニタリングと再アセスメントである。綿密に計画され、実施されたサービスであっても、クライアントのニーズと不適合な場合もある。また、高齢者の場合、状態が変化しやすく、ニーズも一定していない。さらに、根本的にケースマネージャーの評価が間違っている場合もある。そのために、サービス供給後も定期的にモニタリングをする必要がある。そして、必要があれば再アセスメントを行ない、柔軟性を持って早急にサービス内容を変更させることも必要である。これを、スムーズに行なうためには、第四段階のサービス供給に常に関与していなければならない。

また、入院・入所等で一時的なサービス利用や在宅生活を中断していたクライアントが、在宅生活に復帰し、サービス利用を再開しようとする場合も再アセスメントが必要となる。この場合、長期入院や状態に顕著な変化が認められれば、再アセスメントでなく、改めてケースマネジメントの援助過程を最初の局面から繰り返すべきである。

このように、ケースマネージメントの援助過程は、五段階の局面により展開されると個人的には捉えている。

簡潔にまとめれば、①ケース発見、スクリーニング→②総合アセスメント→③ケース目標の策定とケア計画の立案→④計画の実施→⑤フォローアップ（モニタリング、再アセスメント）、そして必要があれば、何度もこのような援助過程を繰り返すという展開である。

結 語

以上、ケースマネージメントについて考察してきたが、最後にその特徴について筆者の見解を再度簡潔にまとめてみることにする。

ケースマネージメントは、地域ベース、在宅ベースに展開されるサービスのコーディネートが主目的の社会福祉方法論である。そのため、アウト・リーチ（出向）というアプローチを採り、また、担当ワーカーの所属する機関や施設以外のサービスを駆使して、クライアント並びに家族のニーズに合致したサービスをリンケージするのである。その際、必要があれば社会的支援ネットワークを利用もしくは構築することもケースマネージメントの一つの過程である。またケースマネージメントは、伝統的ケースワークが対応していた領域よりも広い領域を扱うために、コミュニティ・ワーク的な介入もその中に内包されている。そして、特に重要なのは、フォローアップ段階を設定していることである。具体的には、複雑で変化しやすい高齢者のニーズに対応するために、常にモニタリングをして状況を把握しておき、必要があれば再アセスメントをして現行サービスの見直しをするのである。

換言すれば、多様化・複雑化し、かつ常に変化し続けるニーズを継続的に把握し、適宜、適切なサービスを用意できる供給システムをケースマネージメントする方法論とも言える。

個人的には、このようにケースマネージメントを捉えているが、正直未だ試論の域を脱しきれていない感は否めない。筆者が、研究者としてもケースワーカーとしても未熟であることに起因していると思われる。今後、大学院での研

究や現場での試行錯誤を重ねながら、真に現場に活かせる理論と方法を探求していくことが筆者の課題である。

〔註 記〕

- 1) 2) 白沢政和著「地域福祉の推進とケースマネジメント」『社会福祉研究 42 号』(鉄道弘済会) p 42 1989 年刊
- 3) 4) 同上書, p 43
- 5) ~ 7) Maria Robert D., "Development Case Manegement as a Practice Model", SOCIAL CASEWORK (F. S. A.) vol. 68 -No. 8
※ 筆者のケースマネジメント実践のスーパーバイザーであった福富昌城訳。未発表。
- 8) ~ 10) 谷口政隆著「海外でのケースマネジメントの動向」『ケースマネジメント』(全社協) p 82 ~ 83 1991 年刊
- 11) 前田大作著「ケースマネジメントの概念整理」同上書 p 22
- 12) 白沢政和著「老人に対するケースマネジメント」『大阪市社会福祉研究 8 号』(大阪市社協) p 29 1985 年刊
- 13) 14) 谷口前掲書, p 84
- 15) ~ 20) 福富昌城著「ケースマネジメントにおける援助過程とワーカーの役割」『キリスト教保育専門学校保育年報』
※ 近日, 発刊予定のため, ページ数等は未定